

Naziv politike	Politika popusta za neosigurane pacijente – Revenue Management Division (Odjeljenje za upravljanje prihodima)	ID politike	181
Ključne riječi	finansijska, pomoć, neosigurani, popust, pacijent		
Odjeljenje	Revenue Management Division (RMD)		

I. Svrha politike

Osigurava da se neosiguranim pacijentima ne naplati ništa više nego što se naplati osobama koje imaju osiguranje koje pokriva tu skrb.

Ova politika je usklađena sa Zakonom države New Hampshire NH RSA 151:12-b, članom 501(r) Zakona o internim prihodima, Zakonom 119 države Vermont, te Zakonom o zaštiti pacijenata i pristupačnoj zdravstvenoj zaštiti iz 2009. godine, te će se periodično mijenjati prema potrebi radi održavanja usklađenosti.

II. Opseg politike

Za potrebe ove politike, „popust za neosigurana lica” primjenjuje se na zdravstvene usluge pružene u Dartmouth Healthu (DH) za pacijente bez osiguranja ili za usluge koje su općenito pokrivena osiguranjem, ali koje nisu pokrivena za konkretnu uslugu.

III. Definicije

Suosiguranje: Postotak troškova zdravstvene zaštite koji se podijeli između osiguravajuće kompanije i osiguranika, na način definiran policom osiguranja.

Participacije: Fiksni iznos kojeg pretplatnici zdravstvenog osiguranja moraju plaćati za korištenje određenih zdravstvenih usluga pokrivenih osiguranjem.

Odbici: Iznos definiran policom osiguranja kojeg osigurana osoba mora plaćati prije nego osiguravajuća kompanija plati zdravstvene troškove.

Bruto troškovi: Ukupni troškovi prema tarifi koju je utvrdila organizacija za zdravstvenu zaštitu pacijenata.

Paket usluga: Usluge koje su za pacijenta opcionalne, ne pokrivaju ih osiguravajuće kompanije i koje su DH već odbili od bruto troškova te zahtijevaju plaćanje unaprijed; na primjer, kozmetičke usluge.

Usluge koje se plaćaju unaprijed: Usluge koje nisu zdravstveno neophodne i zahtijevaju uplatu od strane pacijenta prije nego se usluga pruži.

Neosigurani: Pacijent koji nema osiguranje ni pomoć od treće strane koja bi mu pomogla oko platnih obaveza.

Popust za neosigurane: Popust se temelji na metodu “ponovno razmatranje Medicare naknada za uslugu plus privatne uplatioce” u skladu s važećim pravilima implementiranim u odjeljku 501(r) Poreznog zakonika. Ovaj popust se primjenjuje prije izdavanja fakture za pacijenta i prije korekcije iznosa uslijed finansijske pomoći. Popust se ne odnosi na participaciju, suosiguranje, odbitke, uplate unaprijed ili paket usluge koje već odražavaju sve potrebne popuste, niti na usluge koje ne pokrivaju sve osiguravajuće kompanije. Popust se izračunava godišnje i podešava se u skladu s tim na početku fiskalne godine.

Dartmouth Health: U svrhu ove politike, članovi sistema zdravstvenog osiguranja Dartmouth-Health (DH) jesu Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Hampstead Hospital (Bolnica u Hampsteadu), Southern Vermont Medical Center (SVMC), Valley Regional (Regionalna bolnica Valley), i Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Sve ostale bolnice u New Hampshireu i Vermontu smatraju se ustanovama koje nisu članice.

Ova se politika odnosi na one članove DH objekata koji koriste Epic sistem.

IV. Izjava o politici

DH prihvata od neosiguranih pacijenata, kao uplatu u cijelosti, iznos ne veći od onog koji generalno fakturiše i prima DH od pacijenata koji su pokriveni zdravstvenim osiguranjem. DH primjenjuje popust za neosigurana lica na ukupan bruto iznos troškova. Popust se ne odnosi na participaciju, suosiguranje, odbitke, uplate unaprijed ili paket usluge koje već odražavaju sve potrebne popuste, niti na usluge koje ne pokrivaju sve osiguravajuće kompanije.

501(r) AGB Metodologija izračunavanja procenata:

Propisi IRS-a prema članu 1.501 (r) -5, Ograničenja troškova, od bolničkih ustanova zahtijevaju da izračunaju njihov „iznos koji se obično naplaćuje pacijentima koji imaju osiguranje“ (AGB) procenat. Bolničkim ustanovama dopušteno je da se pomoću metode pregledanja bazira AGB postotak na zahtjevima Medicare naknade za uslugu plus svim privatnim zdravstvenim osigurateljima ili samo na Medicare. Ovi propisi dalje određuju da se planovi zdravstvenog osiguranja koje upravljaju privatnim zdravstvenim osigurateljima u okviru Medicare Advantage tretiraju kao planovi privatnih zdravstvenih osiguranika, a ne kao Medicare naknada za uslugu.

DH stranice navedene iznad, odlučile su svoje izračune postotka AGB-a temeljiti metodom povratnog pregleda na zahtjevima Medicare-ove naknade za uslugu plus svim privatnim zdravstvenim osigurateljima. Koristeći dosljedni period povrata od 12 mjeseci iz godine u godinu, sabiraju se bruto troškovi za naknadu za uslugu Medicare i sve privatne obveznike, zajedno s neto prihodom od usluge pacijenata za iste kategorije. Procenat AGB izračunava se na sljedeći način:

$$\text{Procenat efektivne stope naplate} = \frac{\text{Ukupni neto prihodi od usluga pacijentima od strane Medicare FFS-a i privatnih platiša}}{\text{Ukupni prihodi od usluga za pacijente Medicare i bruto prihod od privatnih uplatitelja}}$$

$$\text{Naplata AGB procenta} = 100\% - \text{Efektivna stopa naplate postotak}$$

V. Reference - N/P

Odgovorni vlasnik:	Odjel korporativnih finansija	Kontaktirajte nas:	Kimberly Mender
Odobrili:	Kancelarija za podršku politikama – samo organizacione politike; Mender, Kimberly; Muhlen, John	Br. verzije	11
Datum važećeg odobrenja:	8.6.2026.	ID starog dokumenta:	RMD 0081
Datum stupanja politike na snagu:	8.6.2026.		
Srodna pravila i postupci:	Politika finansijske pomoći za usluge zdravstvene zaštite		
Srodne smjernice za poslovanje:			